Die Dauererfolge der vaginalen Totalexstirpation des karcinomatösen Uterus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der Medizin und Chirurgie,

welche mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät der vereinigten

Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

am Freitag, den 1. März, 12 Uhr, öffentlich vortragen wird

Werner Reipen

approb. Arzt aus Kalk.

LEIPZIG

Verlag von Arthur Georgi

1901.

Die Dauererfolge der vaginalen Totalexstirpation des karcinomatösen Uterus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der Medizin und Chirurgie,

welche mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät der vereinigten

Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

am Freitag, den 1. März, 12 Uhr, öffentlich vortragen wird

Werner Reipen

approb. Arzt aus Kalk.

LEIPZIG.
Verlag von Arthur Georgi.
1901.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Halle

Referent: **Prof. Dr. Fehling.**

Harnack d. Zt. Dekan.

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30600364

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Halle.

Die Dauererfolge der vaginalen Totalexstirpation des karcinomatösen Uterus.

Von

W. Reipen.

Noch immer wogt der Streit hin und her, ob das Karcinom an Häufigkeit zunehme oder die von den Statistiken angeführten wachsenden Zahlen durch bessere Diagnostik und genauere Totenstatistiken bedingt seien. R. Finkelnburg kommt in seiner „Untersuchung über die Ausbreitung und Frequenz der Krebserkrankungen im preussischen Staate“ (Diss. Bonn 1894), die auf dem Material des preussischen statistischen Büreaus in Berlin basiert, zu dem Resultate, dass, „ungeachtet einer Verminderung der allgemeinen Sterblichkeit unter genauer Berücksichtigung des Bevölkerungszuwachses eine beträchtliche Sterblichkeitszunahme an Krebs innerhalb der Jahre 1881—90 stattgefunden habe. Diese Zunahme, die beide Geschlechter in gleichem Masse betreffe, scheine zu bedeutend und regelmässig, als dass sie wesentlich in einer verbesserten und erweiterten Sterblichkeitsstatistik ihre Erklärung finden könne.“ Er berechnet für das Jahr 1890 auf 100 Todesfälle 1,8 Todesfälle an Karcinom, woran das weibliche und das männliche Geschlecht im Verhältnis von 2,05 zu 1,57 beteiligt sind. Reiche, der das Material des Hamburgischen Staates von 1872 bis 1898 zu einer Statistik heranzog, hat sich nicht deutlich über die oben erwähnte Frage ausgelassen; doch scheint auch er sich der Finkelnburgschen Ansicht zuzuneigen. Dem sei nun, wie ihm sei; wenn wir die weitere Notiz Reiches beherzigen, dass in Hamburg von 7498 an Karcinom verstorbenen weiblichen Individuen allein 1841, also rund 25 %, dem Gebärmutterkrebs erlegen sind, dann muss jeder Arzt darin einen scharfen Sporn erblicken,

alles und jedes zu thun, um dies furchtbare Übel, diesen „Würgengel des weiblichen Geschlechtes“, zu bekämpfen.

Die medizinische Wissenschaft nimmt heute wohl allgemein an, dass eine vollständige Heilung des Krebses nur durch radikale Entfernung alles Karcinomatösen möglich sei. Seit Freund auf abdominalem und mein verehrter früherer Lehrer Czerny auf vaginalem Wege die Exstirpation des erkrankten Uterus vorgenommen haben, ist eine ganze Anzahl von Methoden und Modifikationen dieser Methoden angegeben worden, und die Frage ist nun, welche Operation die beste ist, d. h. welche Methode bei geringster Gefahr die radikalste Entfernung alles Erkrankten möglich macht.

Zu ihrer Lösung ist ein Vergleich der primären und der Dauererfolge notwendig, mit anderen Worten eine Art Statistik, und damit ist einer solchen Arbeit schon von manchen das Urteil gesprochen, nennt doch z. B. Freund die Statistik die feilste puella publica, mit der man alles beweisen könne. Wir meinen, dass jede besonders beurteilt werden muss; sind die Grundsätze, nach denen sie angefertigt ist, richtig, so ist ihr ein gewisser Wert nicht abzustreiten, und sie bildet bei der Beurteilung einer Frage ein nicht zu unterschätzendes Moment.

Die Kgl. Frauenklinik zu Halle a. S. verfügt über ein reichhaltiges Material von Karcinomfällen; es wurden vom 1. April 1887 bis zum 31. März 1900 insgesamt 303 Radikaloperationen, davon 134 unter Professor Kaltenbach und — vom 1. April 1894 bis zum 31. März 1900 — 169 unter Professor Fehling gemacht. Die Kaltenbachschen Fälle sind zum Teil von ihm selbst, zum Teil nach seinem Tode von seinem Assistenten Buecheler veröffentlicht worden; sie haben in der vorliegenden Arbeit nochmals eine Durchsicht und speziell eine Nachprüfung auf Dauerresultate gefunden.

Das Wort Dauerresultat ist leider, wie es ja nun auch in der Natur der Sache liegt, ein schwankender Begriff. Fritsch behauptet in seinem Lehrbuch „Krankheiten der Frauen“: „Ehe sechs Jahre vergangen, kann man völlige Heilung nicht angeben“. P. Fraenckel, der das Material der Kgl. Universitätsfrauenklinik in Berlin bearbeitete (Berlin Diss. 1898), verlangt fünf Jahre Rezidivfreiheit. Wisselinck ist der Ansicht, „im allgemeinen sei nach Ausbleiben eines Rezidivs zwei bis drei Jahre nach der Operation auf völlige Heilung zu rechnen. Wir huldigen derselben Meinung und finden sie auch an unserem Material bestätigt; Aus-

nahmen bilden nur Nr. 49 (operiert 5. 1889, gestorben 11. 1895); Nr. 83 (operiert 11. 1890, Rezidiv 5. 1897); Nr. 135 (operiert 4. 1893, gestorben an Magenkrebs 12. 1897); Nr. 181 (operiert 2. 1896, gestorben 7. 1899). Bei 135 und 181 kann man wohl mit grösster Wahrscheinlichkeit annehmen — brieflich war nichts zu erfahren —, dass das Rezidiv innerhalb der drei ersten Jahre nachgewiesen worden wäre, wenn die Frau sich zur Untersuchung vorgestellt hätte; bei den beiden anderen, deren Gesundheitszustand andauernd von Professor von Herff kontrolliert worden ist, ist das Rezidiv erst nach $6^1/_2$ Jahren festgestellt worden. Ob diese Fälle wirklich Rezidive sind oder ob es sich um einen neuen Krebsausbruch gehandelt hat, das lässt sich vielleicht erst feststellen, wenn wir die Natur des Karcinoms in seinen letzten Ursachen ergründet haben. Jedenfalls halten wir es für übertrieben, wegen dieser beiden aussergewöhnlichen Fälle eventuell eine sechs- oder siebenjährige Rezidivfreiheit zu verlangen. Uns erscheinen drei Jahre genügend.

An alle seiner Zeit operierte Frauen, von denen nicht schon im poliklinischen- oder in dem Operationsjournal eine unbedingt sichere Nachricht z. B. „Rezidiv“ oder „ohne Rezidiv“ nach Untersuchung im Februar oder März 1900 enthalten ist, wurde eine Aufforderung erlassen, sich zur Untersuchung in der Poliklinik vorzustellen, falls dies nicht möglich, das Untersuchungsresultat eines Arztes einzusenden. Nur wenn dies nicht angängig war, wurde mit grösster Vorsicht das Material verwandt, das sich uns in der Beantwortung der ausgesandten Fragebogen bot.

Die Zahl der Verschollenen ist leider ziemlich gross, und sie wäre noch bedeutender, wären wir nicht von den Behörden und Ärzten aufs Liebenswürdigste unterstützt worden. Herr Professor Fehling und Herr Professor von Herff gaben aufs Bereitwilligste Auskunft über ihre Privatpatientinnen, wofür ihnen auch an dieser Stelle noch gedankt sei! Über die Privatpatientinnen von Professor Kaltenbach war leider gar nichts mehr zu erfahren, da jeder Anhaltspunkt für ihre Personalien fehlt: sie sind deshalb fast alle unter der Rubrik verschollen aufgeführt.

Unter unseren 303 Fällen sind

173 Cervixkarcinome oder 57,07 %,
99 Portiokarcinome oder 32,67 %,
8 Cervix- und Portiokarcinome oder 2,67 %,

d. h. solche Fälle, bei denen entweder nur Kollumkarcinom angegeben oder eine Entscheidung, ob Portio, ob Cervix zuerst erkrankt, unmöglich war.

Ferner 23 Korpuskarcinome oder 7,59%.

Einbegriffen sind in diese Kategorie auch alle malignen Adenome des Corpus, eine Einordnung, die wohl von den meisten gebilligt werden wird.

Über die Häufigkeit des Korpuskarcinoms hat Steinbach eine Aufstellung gemacht; nach ihm giebt Schatz 2,5%, Löhlein 8,0% an; nach der neuen Hofmeierschen Statistik sollen an den Gebärmutterkrebsen die Korpuskarcinome mit 11% (29 von 251), nach der Waldsteinschen (Schautasche Klinik) sogar mit 13,86% (38 von 274) beteiligt sein.

Über das Alter der Patientinnen an hiesiger Klinik, bei denen die Totalexstirpation ausgeführt wurde, giebt die folgende Tabelle Aufschluss.

Alter	Anzahl der Kranken	%
15—20	2	0,68
20—25	1	0,34
25—30	19	6,44
30—35	27	9,15
35—40	51	17,28
40—45	62	21,01
45—50	62	21,01
50—55	35	11,86
55—60	19	6,44
60—65	14	4,74
65—70	3	1,01

Bei 8 war das Alter nicht angegeben. Erwähnt sei, dass von den beiden jugendlichen Personen, die eine im Alter von 18 Jahren an Endothelioma portionis, die andere, 20 Jahre alt, an Carcinoma corporis litt. Beide waren Nulliparae.

Von den 3 letzten war eine 66, eine 67, die dritte 69 Jahre alt; nur die letzte erkrankte im Anschluss an die Operation an Pleuropneumonie und wurde in die Medizinische Klinik gebracht (Ausgang?); die beiden anderen überstanden den Eingriff gut.

Wir finden auch hier wieder bestätigt, dass die Jahre des Klimax am gefährdetsten sind. Die Zahl der Fälle wächst mit dem Alter ziemlich schnell an, erreicht im fünften Jahrzehnt die grösste

Höhe und sinkt dann langsam wieder ab. Müller berechnet gleichfalls als Durchschnittsalter 46,4. Auch die von Wisselinck gefundene Zahl stimmt mit unseren Beobachtungen.

Nur sieben Patientinnen hatten nicht geboren, bei siebzehn fehlten nähere Angaben; rechnen wir diese ab, so ergiebt sich für die einzelne Frau eine Durchschnittsfertilität von 5,71 Geburten und 0,65 Abort. Auch Bäcker bestätigt die Häufigkeit des Aborts; er berechnet 0,57 Abort, ferner 5,3% Nulliparae.

Das Alter der an Carcinoma corporis Erkrankten stellte sich durchschnittlich auf 52,4, die Fertilität auf 3,92 Geburten und 0,57 Abort. Steinbach fand als Durchschnittsalter 56, als Durchschnittsfruchtbarkeit 3,6 Geburten für Carc. corp. Es wäre daran zu denken, dass endometritische Vorgänge disponieren.

Die Indikationen, die Kaltenbach in der Festschrift zu Ehren des Professorenjubiläums Hegars für die vaginale Totalexstirpation aufstellte, werden auch von Professor Fehling im grossen und ganzen innegehalten: die technische Möglichkeit zieht die Operationsgrenze. Wenn die Parametrien schon bis zur Beckenwand karzinomatös infiltriert sind oder die Blasenwand schon ergriffen ist, wird natürlich von einer Radikaloperation Abstand genommen. Eine ungefähre Schätzung ergiebt, dass infolge dieser Indikation ca. ein Drittel aller Fälle in der hiesigen Kgl. Frauenklinik operiert wird. Schauta fand operabel 14,7%, Olshausen in Berlin 46%, Fritsch in Breslau 19,5%, Küstner in Breslau 22,8%, Kézmarszky in Budapest 10%. Die Zahlen schwanken noch ausserordentlich, teils infolge der verschiedenen Indikationsstellung der Operateure, teils infolge der mehr oder minder günstigen sozialen Verhältnisse der betreffenden Gegend.

Die Methode, nach der fast ausschliesslich operiert wurde, war die vaginale; dreimal wurde der Schuchardtsche Schnitt gemacht; viermal wurde vaginal und abdominal operiert: bei Nr. 167 und 207 war Laparotomie indiziert wegen gleichzeitiger Gravidität im siebenten, resp. neunten Monat, bei Nr. 284 wegen gleichzeitigen Myoms; bei Nr. 177 musste das Abdomen nachträglich geöffnet werden, da bei der Operation per vaginam der Uterus stets einriss und die Blutung auf diesem Wege nicht gestillt werden konnte.

Die Freundsche Operation als solche wurde nie gemacht. Die Methode der Klemmenbehandlung ist an hiesiger Klinik niemals als besonderes Verfahren anerkannt, sondern — unter Kaltenbach nie — stets nur im Notfall als ein allerdings wert-

voller Beitrag zur operativen Technik angesehen worden. In diesem Sinne — wenn Kollaps drohte oder der Blutung durch Umstechung nur sehr schwer beizukommen war — sind achtmal Dauerklemmen benutzt worden.

Zweimal wurde im Laufe der Operation die Medianspaltung des Uterus nach P. Müller vorgenommen, einmal (Nr. 245), weil nur Myom diagnostiziert war, das andere Mal (Nr. 281), weil der Uterus wegen starker Verwachsungen in toto nicht zu entfernen war.

Wie bei der weitgehenden Indikation und den vielen Fällen nicht anders zu erwarten, ist neben den von Buecheler erwähnten 16 Nebenverletzungen (eine Kotfistel, 7 Blasenscheiden- und 6 Ureterenfisteln, Beschreibung s. Buecheler) auch nach dem 1. April 1894 noch eine Anzahl vorgekommen. Eine perforierende Darmverletzung ist seit 1894 nicht mehr gesetzt worden. Verletzungen des Harnapparates waren elfmal angegeben. In den Operationsgeschichten finden sich darüber folgende Nachrichten:

Bei Nr. 160 war die Ablösung der Blase schon mit grossen Schwierigkeiten verbunden. In den ersten Tagen kam blutiger Urin; bei der Entfernung der Nähte 11 Tage p. op. stürzte hinter dem Stumpf rechts Harn heraus: man fand eine Vesikovaginalfistel. Mit dieser Fistel wurde die Patientin, im Übrigen geheilt, wegen Pleuritis in die Medizinische Klinik verlegt.

Bei Nr. 181 erschien die Blasenwand auffallend dünn, und bei der Abbindung des rechten Parametriums hatte es den Anschein, als wenn die Blasenwand mitgefasst worden wäre. 2 Tage p. op. in der l. Nierengegend Schmerzen, vermehrte Resistenz und Dämpfung; es wurde angenommen, dass der l. Ureter unterbunden sei. Vom 18. Tage an ging Urin durch die Scheide ab bis zum 23. Tage, von da an nicht mehr; eine Fistel wurde auch späterhin nie entdeckt.

Nr. 188: während der Operation stellte sich heraus, dass die r. Ureterenmündung durchwuchert war; deshalb Resektion der Blase, Schlitzen des Ureters und zirkuläres trichterförmiges Einnähen des Ureters in die Blase. 14 Tage p. op. ging beim Husten Urin durch die Scheide ab, ohne dass die Fistel gefunden worden wäre. Nach 18 Tagen wurde Patientin mit einer Blasenscheidenfistel neben dem eingeheilten Ureter entlassen. Zwei Monate später wurde die Kolpokleisis vorgenommen, nach einem weiteren Monat wurde aber bereits Rezidiv konstatiert.

Nr. 212: Während der sehr schwierigen Operation stellte sich heraus, dass der r. Ureter 6 cm von der Blasenmündung durch-

trennt war. Das zentrale Ende verlief durch Karcinommassen und musste herauspräpariert werden. Es wurde dann in die Blase eingepflanzt; die Operation wurde durch steten Darmvorfall sehr gestört. Schon am ersten Tage fand unwillkürlich Urinabgang statt; die Sekretion war vermindert. Sechs Tage p. op. Exitus durch Peritonitis.

Nr. 215: Acht Tage p. op. ging der gesamte Urin durch die Scheide ab: Blasenscheidenfistel. Patientin wurde damit entlassen und ersucht, sich in 6 Wochen nochmals vorzustellen.

Nr. 221: Bei der Operation zeigte sich der l. Ureter in Karcinommassen eingebettet. P. op. ging der Urin der l. Niere durch die Wunde ab: Ureterenfistel. Patientin wurde ersucht, sich später der Kolpokleisis zu unterziehen.

No. 228. Schwierige Operation, in deren Verlauf im Karcinomatösen operiert werden musste. Die Blase wurde bei der Öffnung der Plica vesicouterina quer getrennt, später mit Etagennähten geschlossen und mit Bauchfell gedeckt: Blasenscheidenfistel. Tod durch Pyämie.

No. 279. Die Blase war in der Gegend der Plica vesicouterina krebsig infiltriert; die Blasenwand riss daher beim Ablösen mit dem Finger ein. Das markstückgrösse Loch wurde nach Entfernung alles Erkrankten in querer Richtung genäht, Palliativoperation. Allmählich entstand eine Blasenscheidenfistel, mit der Patientin gebessert entlassen wurde.

No. 284. Laesio vesicae.

No. 299. Die Blase sass auffallend fest auf, so dass karcinomatöse Infiltration derselben befürchtet wurde. Am 1. Tage p. op. wenig Urin; bei der Entfernung der wegen starker Blutung angewandten Klemmen 2 Tage p. op. war deren Umhüllung urinös durchtränkt. Fieber. Infiltration oberhalb des lig. Poup. sin., wenig Urin in der Blase. Bei der Punktion der Infiltration Streptokokken in Reinkultur. Hohes Fieber. Exitus infolge einer Phlegmone pelv. subserosa; in der Blasenwand ein für zwei Finger durchgängiges Loch.

Die Gesamtzahl der Nebenverletzungen beträgt also 8,91 %; bei Professor Kaltenbach 11,9 %, für die zweite Reihe unter Professor Fehling 6,51 %. Dies letztere im Vergleich zu Kaltenbach ausserordentlich günstige Resultat findet wohl seine Begründung in der verschiedenen Methode. Kaltenbach löste die Blase zuletzt, während Fehling sofort nach der Umschneidung des Scheiden-

gewölbes die Blase lospräpariert und so einer Verletzung des Harnapparates besser aus dem Wege geht.

Wisselinck berichtet, dass bei seinen 55 vaginal Operierten eine Nebenverletzung überhaupt nicht vorgekommen sei; wir können uns dies nur dadurch erklären, dass die Fälle wahrscheinlich mit ganz ausserordentlicher Vorsicht ausgewählt und operiert worden sind. Wir glauben, dass es in Fällen wie 188, 212, 221, 279 sehr schwer, ja wohl unmöglich gewesen wäre, ohne Nebenverletzung die Operation zu vollenden.

Gehen wir nun zu den primären Todesfällen über! Von 303 Fällen sind im ganzen 20, also 6,6 %, im Anschluss an die Operation gestorben. Buecheler konnte sogar eine Mortalität von 6 Frauen, d. h. 4,477 % verzeichnen. Kaltenbach verlor 1887 eine Patientin an Urämie, 1888 eine, bei der die Todesursache nicht ganz klar war: der klinische Verlauf liess an Sublimatvergiftung denken. Die Sektion ergab Atrophie der linken Niere und rechtsseitige Nierenbeckenentzündung. (Näheres s. Buecheler.) 1890 ging eine Patientin an Peritonitis zu Grunde: da die Auslösung des Uterus wegen allseitiger Adhäsionen sehr viel Mühe gekostet hatte, so wurde auf die Wegnahme der Adnexe verzichtet, infolge dessen der Pyosalpinx nicht erkannt. Eine Verletzung desselben durch einen Nadelstich hatte daher Peritonitis zur Folge. 1891 erkrankte eine Operierte an Gelenkrheumatismus und starb später an beiderseitiger Lungenembolie, ein anderer Fall endete durch Incarceratio ilei. 1893 starb eine Person an Sublimatintoxikation.

Im Jahre 1894 gelang es sämtliche 24 Fälle durchzubringen. Im Jahre 1895 ging eine, Nr. 162, an Lungenembolie zu Grunde. Die Ursache war höchstwahrscheinlich, wie die Sektion lehrte, eine Thrombophlebitis im Plexus spermaticus, die im Leben keine Erscheinungen gemacht hatte. Die Wunde war absolut reaktionslos.

Nr. 183 ging an fibrinöser Peritonitis zu Grunde. Die Operation war schwierig; immer wieder fielen die Därme vor. Bei der Sektion ergab sich, dass die Därme mit der Operationswunde verklebt und schmierig grüngelb belegt waren; ausserdem fand sich braune und Fettatrophie des Herzens, hochgradiges Lungenödem, Hämorrhagieen in der Kehldeckelschleimhaut und Diphtherie der Blase.

Nr. 208: Bei der Operation war aus dem äusseren Muttermund ein Esslöffel Eiter gequollen, der mit Lysol abgespült wurde. Die Bauchhöhle wurde trotzdem geschlossen. Am zweiten Tage

bekam Pat. Blähungen; die Temperatur stieg aber nicht höher als 38,5. Als Pat. am vierten Tage den Versuch der Defäkation machte, plötzlich Verfall; der Puls schnellte auf 140, und der Tod trat bald ein. Die Sektion ergab: akute fibrinöse Peritonitis, Pleuritis beiderseits, Hyperämie und Ödem beider Unterlappen. Die Peritonitis war höchstwahrscheinlich bedingt durch den bei der Operation hervorgequollenen Eiter.

Nr. 212: Von Anfang an wurde die Operation durch Darmvorfall gestört. Es kam hinzu die Durchschneidung des r. Ureters, dessen zentrales Ende aus Karcinommassen herauspräpariert und in die Blase implantiert werden musste. Urin ging nach der Operation stets sehr wenig ab (500—600 cm^3); die Temperatur hob sich am zweiten Tage auf 38,5, erreichte aber nie 39,0; der Puls zählte 110 Pulsschläge und stieg mitunter auf 140. Zugleich Blähungen und Schmerzen in der rechten Inguinalgegend, wo auch ein Exsudat sich bemerklich machte; es wurde deshalb versucht, den vermuteten Eiterherd zu entleeren. Die Scheidenwunde wurde geöffnet; es gingen ungefähr 4 Esslöffel schmutzig gelben Eiters mit Gasblasen ab. Trotz aller Analeptica verschlechterte sich das Allgemeinbefinden. Der Meteorismus wurde stärker, und 2 Uhr morgens trat der Tod ein. Die Sektion ergab fibrinöse Peritonitis, Beckenabscess, Lungenödem.

Der Jahrgang 1897/98 war in Wahrheit ein Unglücksjahr; von 29 Operierten starben im ganzen 6.

Nr. 228: Beim Stürzen des Uterus nach hinten entleerte sich aus dem Cervix trübseröse Flüssigkeit. Zuweilen wurde im infiltrierten Gewebe stumpf gearbeitet, 5 Klemmen blieben liegen; ausserdem Tamponade der Bauchhöhle. Bald hohes intermittierendes Fieber, Blähungen, Schmerzen. Die Entfernung der Klemmen am dritten Tage geschah ohne Blutung. Es entwickelte sich allmählich eine Peritonitis, die den Tod am fünfzehnten Tage zur Folge hatte. Die Sektion ergab: Verbreiterung des rechten Herzens, Sehnenfleck am rechten Ventrikel, Lungenödem, diffuse eitrige Peritonitis und ca. 700 cm^3 grünlichen, etwas stinkenden Eiters in der Bauchhöhle. An der hinteren Seite des r. Parametriums fand sich ein wallnussgrosser, subseröser, aber mit der Becken-Bauchhöhle kommunizierender Abscess; ausserdem fand sich im r. Parametrium eine haselnussgrosse karcinomatöse Lymphdrüse.

Nr. 227: Es wurde im Karcinomatösen operiert und die Blase verletzt. Nach 2 Tagen entwickelte sich eine Pyämie: eitrige

Bronchitis, Bronchiektasieen, eitrige Ergüsse in den Kniegelenken, Thrombose bis weit in die V. cava inf., Nieren-, Blasen- und nekrotische Scheidenentzündung. Tod am 43. Tage.

Auch bei No. 232 wurde im Karcinomatösen operiert; wegen profuser Blutung und Infiltration des Gewebes mussten wieder Klemmen gelegt werden. Bauchhöhlentamponade. Am 3. Tag Entfernung der Klemmen; subfebrile Temperatur; Puls 120. Darnach Ansteigen der Temperatur auf 38,2; Entfernung der Hälfte der Bauchhöhlentamponade am 6. Tage; darauf 38,7, Puls 168, Meteorismus. Am 9. Tag Tod durch progrediente Peritonitis. Die Sektion wurde verweigert.

No. 235 starb nach dem Aufstehen am 12. Tage an Lungenembolie. Die Krankengeschichte bietet nichts, was der Erwähnung wert wäre. Die Embolie stammte, wie die Sektion ergab, aus der l. V. iliaca. die 10 cm lang thrombosiert war. Von septischen Prozessen fand sich absolut nichts. Das Herz war atrophisch; ausserdem fand sich eine interstitielle Nephritis und diffuse Bronchitis neben Emphysem.

No. 241. Bei der Operation platzte links eine taubeneigrosse Ovarialcyste. Die Därme wurden wiederholt sichtbar. Am 3. Tage Aufstossen, Blähungen, höhere Temperatur. Hinter dem rechten Stumpf wurde am 9. Tage ein halber Löffel Eiter entleert. Am 12. Tage starb die Kranke unter den Erscheinungen der Sepsis.

No. 242. Die Operation verlief normal. Am 2. Tag ging die Temperatur plötzlich auf 39°; zu gleicher Zeit entwickelte sich links eine Parametritis, die trotz Eröffnung durch Flankenschnitt im weiteren Verlauf am 7. Tage zum Tode führte. Die Sektion ergab jauchige Phlegmone des l. Parametriums, adhäsive Peritonitis in der Gegend des Colon descendens; Erweiterung des l. Nierenbeckens, Trübung der Nierenrinde, Bronchitis, Hyperämie der Lunge und Gehirnödem.

No. 256. Die Operation verlief mit der Ausnahme typisch, dass die Därme oft vorfielen. Am 2. Tage stieg der Puls ohne erkennbare Ursache; der subseröse Tampon wurde entfernt; Digitalis und Eisbeutel aufs Herz verordnet. Am folgenden Morgen begann eine gleichmässige Auftreibung des Abdomens, Oppressionsgefühl, Aufstossen. Auf Glycerin kamen keine Winde. Starker Kollaps. Abends war der Unterleib flach, der obere Teil des Abdomens dagegen sehr aufgetrieben; der Zustand liess den Tod in Bälde erwarten. Am folgenden Tage Rasseln auf der Brust, be-

schleunigte Atmung; überhaupt hatte sich der Zustand verschlechtert. Die Umrisse des Magens waren erkennbar; er reichte bis 2 Finger breit oberhalb der Symphyse. Professor Reineboth von der Medizinischen Klinik fand die Herztöne metallisch klingend, aber keine organische Erkrankung. Er führte eine Schlundsonde ein; es gelang nur mit der festen bis in den Magen zu kommen, aus dem eine grosse Menge Flüssigkeit, noch mehr Luft entfernt wurde. Das Befinden, Herz, Puls, Atmung, besserten sich sofort. Mittags wurde der Magen massiert und faradisiert, aber ohne Erfolg. Das Befinden wurde schlechter, besserte sich aber sofort nach nochmaliger Schlundsondeneinführung. Die Magenernährung wurde von nun an ausgesetzt und nur per rectum Nahrung zugeführt. Zweimal täglich wurde der Magen ausgepumpt. Die Kranke befand sich subjektiv wohl, als plötzlich am 9. Tage der Tod eintrat. Die in vita gestellte Diagnose, Dilatatio ventriculi acuta, wurde auch durch die Sektion bestätigt; namentlich im Fundus war der Magen sehr verdünnt; die Schleimhaut war postmortal erweicht und an einer Stelle perforiert, die Mukosa war ebenfalls verdünnt, glatt und blass. Gegen den Pylorus hin war der Magen spitzwinklig gebogen; der Magen reichte bis 3 Finger breit von der Symphyse. Am Pylorus und Duodenum war keine Verengerung; auch der obere Teil des Duodenum war stark dilatiert. Ausserdem fand sich Lungenödem, bronchopneumonische Herde im l. Unterlappen, katarrhalische Bronchitis, rechts und links pleuritische Adhäsionen, beiderseits abgesackter Hydrothorax, Dilatation des r. Ventrikels, Milztumor, Leberatrophie, parenchymatöse Nephritis, follikuläre Enteritis; braune Atrophie des Herzens.[1])

No. 284 ging wahrscheinlich an Nephritis oder Pyelonephritis zu Grunde. Bei der Operation war eine Blasenverletzung gesetzt worden. Die Sektion wurde verweigert.

No. 295. Die Operation verlief typisch. Am 2. Tage wurde der subseröse Tampon entfernt; am 3. gingen auf Einlauf Winde ab; die Temperatur stieg auf 38,3; zugleich übel riechender Scheidenfluss; Spülung; am folgenden Tage keine Winde. Nach einem Einlauf Erbrechen; das Abdomen war aufgetrieben; Kollaps, Leibschmerzen. Ernährung per rectum; das Fieber hielt sich zwischen 38,0 und 38,5; der Puls schwankte meist zwischen 110

[1]) Siehe v. Herff: Über schwere Darm- und Magenlähmungen, insbesondere nach Operationen. Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynaekol. 1900, Bd. 44.

und 140; am 13. Tage Exitus. Die Diagnose auf Peritonitis war gestellt worden. Die Sektion ergab Ileus: 2 Dünndarmschlingen waren unter sich und mit der Wunde verklebt; ausserdem fand sich eine Metastase im l. Parametrium, ferner Fettleber.

No. 299. Wegen starker Blutung mussten 6 Klemmen gelegt werden. Der subseröse Raum wurde tamponiert. Bei der Entfernung der Klemmen am 3. Tage zeigte sich deren Umhüllung urinös durchtränkt; abends 39,6. Deshalb wurden die beiden subserösen Tampons entfernt. Mittags gingen auf Klystier Winde ab; abends wurde spontan Wasser entleert. Am 4. Tage 39,0 und Puls 120. Über dem r. Poupartschen Bande eine zwei Finger breite, mässig empfindliche Resistenz. Abends Stuhl spontan, völlige Inkontinenz; in der Blase wenig trüber Urin. Die Resistenz war am 8. Tage gewachsen und nunmehr auch auf der anderen Seite. Das Abdomen war garnicht, die Resistenz kaum empfindlich. Am 7. Tage plötzlich Kollaps; Temperatur 40,2; Puls 136, klein; Respiration 42—46. Eine Punktion an der bezeichneten Stelle ergab Eiter und darin Streptokokken in Reinkultur; bei der Spülung gingen aashaft stinkende Bröckel ab; es fand sich ein für 2 Finger durchgängiges Loch in der Blasenwand, dahinter ein Hohlraum, der von dem Scheidentrichter bis dicht an die Bauchdecken reichte. Das Fieber hielt auch am folgenden Tage an; wieder wurde ein Eiterherd entleert. Trotz aller Bemühungen (Antistreptokokkenserum) Exitus am 9. Tage. Bei der Sektion fand sich eine Phlegmone des kleinen Beckens, des grossen Beckens und der r. Lumbalgegend bis zur Leber hinauf; Cystitis, Lungenödem, Anämie der Nieren und septische Milz.

Es würde zu weit führen, wollten wir die einzelnen Fälle noch einer näheren Kritik unterwerfen; soweit nötig, giebt der angeführte kurze Abriss der Krankengeschichte Aufklärung. Das scheint uns aber sicher zu sein, dass die beiden infolge Lungenembolie, sowie der infolge akuter Magendilatation eingetretenen Todesfälle nicht der Operation als solcher in die Schuhe zu schieben und deshalb nicht zu rechnen sind. Trotzdem — auch alle Fälle zusammengenommen — können die an hiesiger Klinik gewonnenen Resultate wohl einen Vergleich mit den Erfolgen anderer aushalten. Aus Frommels Jahresberichten der letzten Jahre, den Arbeiten von P. Fraenkel und A. Wisselinck u. a. m. stellen wir folgende Statistik zusammen:

Klinik	Fälle	Prim. Tod $^0/_0$
Berl. Frauenklinik 1885—91	235	12,8
„ „ 1891—96	327	7,3
Kézmarszky 1897 . . .	70	11,6
Hofmeier 1895	62	8,0
Landau 1898	104	7,6
Leopold 1895	164	6,0
Zweifel 1896	194	5,1
Thorn 1897	62	1,6
Herzfeld	140	8,5
Küstner	55	1,8
Frauenklinik Halle . . .	303	6,6
Bowreman Jessett . . .	107	8,4

Die Erfolge einzelner Operateure z. B. von Küstner und Thorn erscheinen auf den ersten Blick im Vergleich zu den anderen blendend; aber — ihre Zahlen sind klein, und jeder, der grössere Statistiken von Operationen verfolgt hat, weiss, wie lange erst das Glück lächelt, um dann plötzlich, wenn wir den Ausdruck gebrauchen dürfen, die Statistik zu verderben. So berichtet z. B. Fraenckel, dass in der Olshausenschen Klinik hintereinander 106 vaginale Totalexstirpationen gemacht wurden mit einem einzigen Todesfall; Fehling hatte auch beim ersten Hundert $2^0/_0$ Mortalität. Mancher andere Operateur wird wohl ähnliches aus seiner Praxis berichten können.

Wenn wir jetzt die Dauerresultate aufstellen, so können in die Berechnung nur die bis zum 31. März 1897 operierten 213 Fälle aufgenommen werden; auf diese kommen 10 primäre Todesfälle oder $4{,}69\,^0/_0$, eine beträchtliche Herabminderung, die durch den Wegfall des unglücklichen Jahrgangs 1897/98 bedingt ist; ausser diesen primären Todesfällen müssen noch diejenigen abgezogen werden, die bestimmt an einer anderen Krankheit gestorben sind. Dazu gehören No. 29, die ohne Rezidiv nach $4^3/_4$ Jahren an Pyelonephritis und Urämie, No. 45, die nach $1^1/_2$ Jahren an Pneumonie, No. 50, die nach $4^3/_4$ Jahren an Influenza, No. 67, die ebenfalls an anderer Krankheit gestorben ist und No. 151, die schon bei der Operation an tertiäre Lues erinnernde Symptome zeigte.

No. 49 wollen wir, weil zweifelhaft, nicht als solchen Fall rechnen, trotzdem bei dem Alter der Patientin die Angabe des Totenscheines, „Herzschwäche und Wassersucht“, zumal nach $4^3/_4$ Jahren Rezidivfreiheit, nicht unwahrscheinlich klingt. Es blieben

also von diesen 213 Fällen im ganzen 198, von denen 43, also 21,71 % rezidivfrei geblieben sind.

Zur besseren Übersicht geben wir folgende Tabelle:

	Gesund	Poliklin. Untersuch.	Hausärztl. Untersuch.	Eigene Nachricht	Anzahl der op. Fälle
1887	2	1	—	1	14
1888	3	2	—	1	23
1889	5	1	1	3	19
1890	2	1	—	1	17
1891	6	2	1	3	19
1892	4	4	—	—	26
1893	2	2	—	—	16
1894	3	1	—	2	24
1895	10	2	2	6	27
1896	6	3	1	2	28
1897	9	7	2	—	29
1898	11	5	2	4	33
1899	13	9	2	2	28

Subtrahieren wir von der Kaltenbachschen Reihe 6 primäre Todesfälle und 4 an anderen Krankheiten Verstorbene, so fallen auf 124 Operationen jetzt noch 24 mindestens 7 Jahre Rezidivfreie oder 19,35 %; von der Fehlingschen Serie bleiben nach Abzug von 4 Todesfällen und einer an anderer Krankheit Verstorbenen 74 mit 19 Rezidivfreien oder 25,67 %.

Diese Berechnung leidet an einem Fehler: alle, die keine Nachricht gegeben haben, sind als Rezidive gerechnet worden; es ist ja wohl wahrscheinlich, dass der grosse oder sogar der grösste Teil einem solchen erlegen ist; aber, wir können wohl sagen, sicher ist es, dass auch einige verschont geblieben oder an einer anderen Krankheit gestorben sind; wir erinnern nur an die von Buecheler noch als gesund bezeichneten No. 26 ($5^{11}/_{12}$ Jahre rezidivfrei), No. 46 ($4^{11}/_{12}$ Jahre), No. 47 ($4^{8}/_{12}$ Jahre), No. 74 (4 Jahre bei einem Alter von 67; sie müsste heute 73 zählen!), deren Zahl sicher noch grösser ist. Ziehen wir diese Verschollenen ab von der Kaltenbachschen Reihe (23), so erhalten wir 23,76 %, in der Fehlingschen Reihe (4 ohne Nachricht), 27,14 % gesund.

Im Ganzen sind also 25,14 % rezidivfrei.

Hiervon sind 44,19 % in der Klinik von März bis Juni 1900 untersucht worden, 11,62 % von den Hausärzten und 44,19 % haben nur die Fragen beantwortet. Solche, über deren Gesundheit Zweifel

entstehen konnten, sind natürlich nicht unter die Geheilten gerechnet worden.

Im Einzelnen interessieren wohl die Erfolge von Korpus- und Kollumkarcinom für sich. Darüber giebt folgende Tabelle Aufschluss.

	Korpus.		Kollum.	
	Anzahl d. Fälle	Gesund	Anzahl d. Fälle	Gesund
1887	1	—	13	2
1888	2	1	21	2
1889	2	—	17	5
1890	—	—	17	2
1891	2	—	17	6
1892	1	—	25	4
1893	3	1	13	1
1894	—	—	24	3
1895	5	4	22	6
1896	1	—	27	6
1897	1	1	28	8
1898	3	2	30	9
1899	2	—	26	—

Nur einmal, im Jahre 1899, ist bei Korpuskarcinom primär nach der Operation der Tod eingetreten, 9 sind verschollen, darunter allein 8 Kaltenbachsche Fälle. (Fast alle aus seiner Privatpraxis.) Rezidivfrei sind also von den 8 in Betracht kommenden (2 sind einem Rezidiv erlegen) 6 Patientinnen, also 75,0%.

Von den Kollumkarcinomen Kaltenbachs sind 22,46%, von denen Fehlings 23,07% rezidivfrei.

Interessant und für die Prognose sehr wichtig ist die Beobachtung, die hier im Gegensatz zu anderen Anstalten gemacht wurde, dass nämlich das Cervixkarcinom maligner erscheint als das Portiokarcinom. Bei ersterem blieben 22,73%, bei letzterem 29,26% rezidivfrei.

Vergleichen wir die hier gewonnenen Erfolge mit den Resultaten anderer Operateure.

H. Hänisch hat 1898 die Erfahrungen einiger Kliniker zusammengestellt (darunter auch die Kaltenbachs) und dabei auf 314 Operationen 34,6% nach 3 Jahren, nach 4 Jahren auf 225 30,7%, nach 5 und mehr Jahren 22,8% Rezidivfreiheit bei Kollumkarcinom berechnet. Eine ähnliche Zahl, nach 5 Jahren 33%, berechnet P. Fraenckel aus dem Material der Berliner Klinik. Bedeutend geringer sind Landaus Erfolge: Arn-

heim (1898) berechnet seine Erfolge auf 17,1 % ($3^1/_2$ Jahre rezidivfrei). Ein ähnliches Resultat berichtet Burkhardt aus der Greifswalder Klinik, nämlich 18 % ($3^1/_2$ Jahre gesund); kurz, die Erfolge sind sehr verschieden. Diese Differenz findet ihre Erklärung in der Indikationsstellung, vielleicht auch in den Verhältnissen der jeweiligen Gegend. Mit Recht macht Wisselinck darauf aufmerksam, dass die Frau in der Grossstadt, z. B. in Berlin, viel eher den Spezialisten aufsucht, daher eher die Möglichkeit der Frühdiagnose und damit bessere Chancen der Heilung bietet als das nidolentere Landvolk; daher die verhältnismässig hohe Zahl der operablen Fälle Olshausens. Dazu kommt nun noch, zumal bei Olshausen, die ausserordentliche Sichtung der Fälle, die strengste Indikation. Das letztere trifft auch wenigstens bei einem Teil der von Haenisch angeführten Operateure zu. Alle Arbeiten konnten nicht daraufhin geprüft werden, weil der Anhalt dafür fehlte.

Die bei Korpuskarcinom ermittelte Zahl, 75,0 % rezidivfrei, entspricht der günstigen Prognose dieses Krebses und auch im allgemeinen den Zahlen anderer Autoren. Haenisch berechnet (3 Jahre rezidivfrei) 80,8 % von 26 Fällen, Fraenckel fand von 30 Fällen nach 5 Jahren gesund 18 oder 60,0 %. Da später noch zwei „Rezidiv“ bekamen, so sank die Zahl auf 53,3 %.

An dieser Stelle mag auch Erwähnung finden, dass zweimal Kollumkarcinom mit Prolaps verbunden war. Nach der Operation ist in den darauf untersuchten Fällen — es sind nahezu alle in der Poliklinik untersuchte Personen — sehr selten (dreimal) eine Senkung des Vaginaltrichters eingetreten; bei einem Falle war sie wahrscheinlich durch Narben in der Scheide hervorgerufen. Der Vorwurf, dass die Operation den Beckenboden schwäche, ist also völlig haltlos.

Wir können, wenn wir nun resümieren, sagen, dass die Erfolge der hiesigen Klinik zufriedenstellend sind. Sie erreichen allerdings nicht die Erfolge der Berliner Klinik, noch weniger die Leopolds, der mit 53,2 % (über 5 Jahre hinaus rezidivfrei) einstweilen noch auf einsamer Höhe steht; wenn wir aber besonders die strenge Indikation der beiden letztgenannten, dann die weitgehende hier übliche bedenken, so können wir das Resultat der hiesigen Klinik als ein sehr gutes bezeichnen. Es lässt sich vielleicht darüber streiten, welches der beiden Verfahren das bessere ist; wenn in zweifelhaften Fällen noch operiert wird, so können wir wenigstens

noch die Hoffnung auf Erhaltung des Lebens hegen, die im anderen Falle völlig fahren gelassen wird.

Eine andere Frage ist aber nun — und sie drängt sich in letzter Zeit mehr und mehr wieder in den Vordergrund —, ob diese Erfolge die weitere Ausübung der vaginalen Totalexstirpation rechtfertigen oder ob eine andere, speziell die Freundsche oder eine ihrer Modifikationen, vorzuziehen ist. Als die letztere zuerst geübt wurde, war die primäre Mortalität eine so grosse, dass man den Czernyschen Vorschlag, der mit weniger Mühe zu besseren Resultaten zu führen versprach, mit Freuden begrüsste. Antisepsis und Asepsis, vor allem aber die Technik, haben seitdem grosse Fortschritte gemacht; die Bauchhöhlenchirurgie hat sich immer mehr entwickelt, und namentlich die in letzter Zeit gewonnenen Erfolge bei der Exstirpation myomatöser Uteri auf abdominalem Wege liessen den Gynäkologen hoffen, jetzt mehr mit der Freundschen Operation zu erreichen. Dazu kamen noch Mitteilungen über frühzeitige Erkrankung der Iliakaldrüsen u. a. m., an die man vaginal nicht gelangen konnte. Ries fand in Drüsen mikroskopisch Karcinom, an denen makroskopisch nichts zu entdecken war. Peiser verlangte auf Grund anatomischer und pathologisch-anatomischer Studien, dass stets die Drüsen mit exstirpiert würden. Er berechnete die Häufigkeit der Drüsenmetastasen bei Karcinomen, die nicht mehr auf den Uterus beschränkt seien, auf ca. 50 % und näherte sich also Cruveilhiers Meinung, dass fast stets die Drüsen ergriffen seien. Die Blausche Aufstellung unterzog er einer genaueren Untersuchung, und berechnete daraus die Häufigkeit der Beckendrüsenmetastasen auf $33^1/_3$ %, eine Zahl, die immer noch zu gering sei. Winter hat dagegen bei 44 nach der Operation wegen Gebärmutterkrebs verstorbenen Frauen auf Beckendrüsenerkrankungen gefahndet und nur zweimal solche gefunden. Gegen diese Häufigkeit spricht aber noch etwas anderes: die nach der Operation auftretenden Rezidive sollte man nach den Peiserschen Ausführungen eher in den Drüsen erwarten. Die Erfahrung lehrt aber, dass das Rezidiv sich zuerst in der Narbe oder in ihrer Umgebung bemerkbar macht. Damit wird ein, oder vielleicht der Hauptgrund, der für die Freundsche Operation geltend gemacht wird, unsicher. Dazu kommt die doch auch heute noch immer grosse Gefahr, die diese Operation in sich birgt. Die in den achtziger Jahren berechneten Mortalitäten von 72 % (Ahlfeld), 74 % (Kleinwächter), 71 % (Hegar-Kaltenbach) und (Gusserow)

71,6 % treffen zwar heute nicht mehr zu: Cushing berichtete, dass die amerikanischen Operateure eine Durchschnittsmortalität von 29 % hätten; Leopold operierte 8 mit 7 Todesfällen, Zweifel 8 mit 2, Schauta 10 mit 7, Küstner 20 mit 4, Freund 16 mit 3 u. a. m. Bigeard berechnet 11—20 %, Audair auf 146 Fälle 23 %, Ricard, indem er die Fälle von Mauclaire Delagénière hinzurechnet 10—15 %, Terrier auf 15 Fälle 20 % primäre Todesfälle. 20 % ist doch der gewöhnliche Verlust sofort im Anschluss an die Operation; ob er geringer wird, wenn stets die Iliakaldrüsen mit exstirpiert werden, was bisher nicht immer geschah, ist mehr als eine grosse Frage: die Iliakaldrüsen liegen den grossen Gefässen sehr nahe; sind sie einmal karcinomatös entartet, so werden sie noch inniger mit der Umgebung verwachsen und ihre Entfernung noch schwieriger werden. Dauerresultate sind bisher noch nicht, oder doch nur so wenige bekannt, dass aus ihnen noch keine Schlüsse gezogen werden können. Möglich ist es ja, dass Gubaroff mit der Prophezeihung, die er auf dem Kongress in Moskau aussprach, die abdominale Köliotomie sei die Operation der Zukunft, Recht behält; einstweilen hat es noch nicht den Anschein, als ob dies sobald eintreten würde.

Am Schlusse angelangt, halte ich es für eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Fehling für die Überlassung dieses Themas und manchen nützlichen Wink bei der Abfassung dieser Arbeit meinen herzlichen Dank auszusprechen. Auch Herr Professor v. Herff stand mir in liebenswürdigster Weise des Öfteren ratend zur Seite.

Nachtrag.

Während der Drucklegung erschien in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie eine Arbeit von G. Winter: „Genügt die vaginale Uterusexstirpation als radikale Krebsoperation?“, in der Verfasser u. a. gegen die vaginale Totalexstirpation als Palliativoperation Front macht und folgende Thesen aufstellt:

1. Die Lebensgefahr ist für eine Palliativoperation zu gross.
2. Die Lebensdauer wird nur selten erheblich verlängert, oft sogar verkürzt.
3. Die Beseitigung der Krebssymptome wird ebenso sicher durch die Exstirpation des Cervix erreicht.

Wir können feststellen ad 1, dass bei 55 hier vor der Operation als „unrein“ erkannten Fällen, d. h. solchen, bei denen die Neubildung die Cervixgrenzen überschritten hatte, 5 im Anschluss an

den Eingriff starben, die Sterblichkeit also eine Steigerung von 6,6 % auf 9 % erfuhr. Andererseits sind von diesen 55 jetzt noch 5 gesund (darunter allerdings eine erst vor 2 Jahren operierte Frau). Der verhältnismässig geringen Steigerung der primären Verluste stehen also 9% Heilungen von Personen gegenüber, die sonst sicher verloren gewesen, ein Resultat, das für sich selbst spricht.

Über Punkt 2 konnten wir aus unseren Tabellen uns keine Gewissheit verschaffen. Professor von Herff, der seit länger als 11 Jahren der hiesigen gynäkologischen Poliklinik vorsteht, hat während dieser Zeit jedenfalls nicht den Eindruck erhalten, als ob das Leben durch den Eingriff verkürzt würde.

No. 3 bleibt noch zu beweisen. Viel leichter wird die Cervixexstirpation bei solchen vorgeschrittenen Fällen nicht werden. Jedenfalls wären die 9 % Heilungen bei dieser Methode verloren gewesen.

An anderer Stelle führt Winter aus, dass nur die Verbindung von prozentualer Operabilität und Dauerresultaten eine wirkliche Berechnung der heilbaren Uteruskrebse möglich mache. Wir geben zu, dass eine solche allgemeine Zusammenstellung wünschenswert und interessant wäre; aber wie Winter und auch wir schon ausführten, hängt dieses Verhältnis von der Intelligenz der Bevölkerung und der Gewissenhaftigkeit der Ärzte und Hebammen, endlich wohl auch in etwa von dem Standpunkt ab, den der Operateur bezüglich der Operabilität einnimmt. Der Wert einer solchen Arbeit bleibt daher nur lokal. Einen Massstab für den Nutzen einer bestimmten Methode finden wir darin nicht.

Quellen.

1. Zur Therapie der malignen Neubildungen des Uterus (Festschrift zu Ehren Hegars). R. Kaltenbach 1889.

2. A. Buecheler. Kaltenbachs Ergebnisse der vaginalen Totalexstirpation mit Peritonealnaht (Zeitschr. f Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XXX, Heft 2.

3. A. Wisselinck, Zur Therapie des Uteruskarcinomens ibidem Bd. XXXVII, Heft 2.

4. P. Fraenckel, Über die Dauerresultate der vag. Totalexstirpation bei Karc. Uteri. 1898.

5. v. Herff, Karcinom: Frommels Jahresberichte 1895, 1896, 1897, 1898 und 1899 (Druckbogen).

6. Peiser, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV.

7. H. Fehling, 100 Fälle vaginaler Ausrottung der Gebärmutter (Festschrift des Stuttgarter ärztlichen Vereins. 1897.

8. H. Arnheim, Diss. Berlin. 1898. Zur Prognose der vaginalen Radikaloperationen bei Karc. Uteri.

9. Burckhardt, Archiv f. Gyn. Bd. 53.

10. H. Steinbach, Würzburg. Diss. 1899. Über Carcinoma Corporis.

11. H. Haenisch, Freiburg. Diss. 1898. Kritische Bemerkungen zur Statistik des Uteruskarcinoms.

12. K. Gallien, Würzburg. Diss. 1898. Beitrag zur Lehre vom Karcinom des Uterus und der Vagina.

13. J. Veit, Handbuch der Gynäkologie Bd. III b.

14. Funke, Beitrag zur abdominalen Totalexstirpation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIX, Heft 3.

15. Reiche, Zur Statistik des Karcinoms. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1900. Nr. 7 u. 8.

16. R. Finkelnburg, Diss. Bonn. 1894. Untersuchung über die Ausbreitung und die Frequenz der Krebserkrankung.

17. F Waldstein, Über die Erfolge der oper. Behandlung des Gebärmutterkrebses (Schauta, Wien). Arch. f. Gyn. Bd. 61, I.

I. Dauerresultate der Kaltenbach-Buechelerschen Reihe. (1. 4. 1887 — 31. 3. 1894.)

Lfde. Nr.	Journal-Nr.	Name, Wohnort	Alter	Geburten	Aborte	Art des Karcinoms	Datum der Operation	Methode	Komplikationen	Entlassung	Tod	Spätere Nachrichten	Bemerkungen
17	260 [1]	P. a. W.	42	7	—	Carc. port.	31. 8. 1887	Vag.	Glatte Heilung	23.11.		Gesund (n. eig. Bericht 3. 1900)	
22	76	W. a. J.	40	2	—	Carc. cerv.	25. 2. 1888	Vag.	do.	16. 3.		Gesund (Polikl. Unters. 6. 1900)	Trichter trotz Dammriss hochstehend.
58	390	C. K. a. N.	63	2	—	Carc. corp.	23. 2. 1889	Vag.	do.	17. 3.		Gesund (n. eig. Bericht 4. 1900)	
42	394	F. K. a. S.	52	4	—	Carc. port.	27. 2.	Vag.	do.	20. 3.		Gesund (Polikl. Unters. 3. 1900)	
44	410	W. M. a. G.	39	1	4	do.	13. 3.	Vag.		3. 4.		Gesund (Polikl. Unters. 3. 1900)	Trichter hoch.
48	8	L. H. a. W.	47	5	—	do.	6. 4.	Vag.	Schwierig.	25. 4.		Gesund (n. ärztl. Bericht 3. 1900)	
51	120	A. D. a. L.	37	2	—	Carc. cerv.	28. 6.	Vag.	Blase ergriffen?	18. 7.		Gesund (n. eig. Bericht 3. 1900)	
64	220	E. P. a. E.	36	3	—	do.	7. 9.	Vag.	Ausgedehnte Verwachs. d. retroflexio	26. 9.		Gesund (n. eig. Bericht 3. 1900)	
69	350	C. W. a. C.	54	9	—	do.	12. 1. 1890	Vag.	Geringe Nachblutung	1. 2.		Gesund (n. eig. Bericht 3. 1900)	
73	414	C. T. a. E.	40	9	—	do.	24. 2.	Vag.	Ureter-Vaginalfistel	22. 3.		Gesund (Polikl. Unters. 3. 1900)	

[1]) Die laufenden Nummern stimmen mit denen der Kaltenbach- resp. Buechelerschen Arbeit überein, sodass eine Orientierung

80	234	H. M. a. G.	49	9	—	do.	2. 9.	Vag. ohne Adn.	Glatte Heilung	21. 9.		Gesund (Polikl. Unters. 3. 1900)	Trichter hoch.
86	360	R. S. a. E.	55	7	—	do.	17. 12.	Vag. ohn. l. Adn.	do.	5. 1.		Gesund (n. eig. Bericht 3. 1900)	
93	31	M. K. a. E.	30	2	—	do.	17. 4. 1891	Vag.	do.	6. 5.		Gesund (n. eig. Bericht 3. 1900)	
96	142	A. P. a. R.	63	2	1	do.	13. 7.	Vag.	Unrein; schwierig	4. 8.		Gesund (n. eig. Bericht 3. 1900)	
97	177	M. R. a. H.	37	9	—	Carc. cerv. et port.	5. 8.	Vag.	7 Wochen post partum, starke Blutung	23. 8.		Gesund (n. eig. Bericht 4. 1900)	Während der Gravidität entstanden.
103	313	C. G. a. R.	54	19	3	Carc. cerv.	1. 12.	Vag.		21.12.		Gesund (Polikl. Unters. 3. 1900)	Trichter hoch.
105	377	H. R. a. T.	43	8	—	do.	2. 2. 1892	Vag.	Nachblutung	18. 2.		Gesund (Polikl. Unters. 3. 1900)	Trichter hoch.
108	424	A. S. a. H.	43	9	–	do.	3. 3.	Vag.	Glatt	17. 3.		Gesund (n. ärztl. Bericht 4. 1900)	
113	84	C. B. a. H.	47	5	2	do.	8. 6.	Vag.	Myoma fundi; Incontin. ur.	26. 6.		Gesund (Polikl. Unters. 3. 1900)	Fistel spontan geheilt.
114	96	W. L. a. S.	46	2	—	do.	15. 6.	Vag.	Günstig; 27. 6. Embolie; Dyspnoe	25. 7.		Gesund (Polikl. Unters. 3. 1900)	Trichter senkt sich etwas.
125	231	H. M. a. O.	42	2	—	Carc. port.	8. 12.	Vag.		21.12.		Gesund (Polikl. Unters. 3. 1900)	Trichter hoch.
131	302	T. A. a. H.	38	1	—	do.	23. 2. 1893	Vag.	Schwierig	4. 3.		Gesund (Polikl. Unters. 4. 1900)	Trichter hoch.
137	42	L. M. a. F.	35	7	—	Carc. cerv.	27. 4.	Vag.	Während d. Grav. zweimal carc. Knoten ausgeschnitten	16. 5.		Gesund (Polikl. Unters. 4. 1900)	
152	133	P. M. a. F.	58	2	—	Carc. corp.	17. 7.	Vag. ohne Ovar.	Glatt	6. 8.		Gesund (Polikl. Unters. 3. 1900)	Trichter hoch.

II. Totalexstirpationen des Uterus wegen Karcinom. (1. 4. 1894 — 31. 3. 1900.)

Lfde. Nr.	Journal-Nr.	Name, Wohnort	Alter	Geburten	Aborte	Art des Karcinoms	Datum der Operation	Methode	Komplikationen	Entlassung	Tod	Spätere Nachrichten	Bemerkungen
135	42	L. S. a. H.	50	1	3	Carc. cerv.	25. 4.	Vag. ohne Adn.	Unrein. lig. lat. infiltriert	13. 5.		R. 11. 1896	
136	50	E. B. a. S.	49	1	—	do.	30. 4.	Vag. ohne Adn.		18. 5.		R. † Ende 1894	
137	92	E. W. a. L.	36	1	—	do.	1. 6.	Vag. ohne Adn.	Scheidengewölbe ergriffen	17. 6.		R. 2. 1895	
138		W. a. C.	?	?	?	do.	4. 6.	Vag.	Ureterenfistel rechts	3. 7.		R. † 1895	
139	141	E. S. a. H.	40	9	1	Carc. cerv. et port.	9 7.	Vag.	Vor d. Oper. Scheide ergriffen	26. 7.		R. 3. 1899; † 5 Jahre p. op.	
140	156	E. H. a. W.	43	7	—	Carc. port. et cerv.	18. 7.	Vag.		4. 8.		R. 1895	
141	178	A. B. a. F.	48	8	—	do.	5. 8.	Vag.	Scheidengewölbe ergriffen	23. 8.		R. 1. 1895	
142	185	R. L. a. M.	54	11	—	Carc. cerv.	10. 8.	Vag. ohne Adn.		27. 8.		R. 2. 1895	
143	202	W. H. a. U.	41	12	2	do.	29. 8.	Vag. ohne l. Ovar.	Param. infiltr.; im Douglas Eiter	17. 9.		R. 3. 1895	Mit R. entlassen.
144	215	F. D. a. E.	49	2	—	do.	8. 9.	Vag. ohne Ovar.	Param. infiltr.; kleine subser. Myome	26. 9.		R. 1. 1896	
145	217	C. K. a. M.	29	5	—	Carc. port.	11. 9.	Vag.		27. 9.		Gesund (Polikl. Unters.) Trichter hoch. 5. 1900	Gravida (3. Woche).
146	224	W. M. a. H.	60	3	—	do.	16. 9.	Vag. ohne l. Ovar.	Scheide auch reseziert	29. 9.		R. 4. 1897	

147	233	C. K. a. H.	42	6	—	Carc. cerv.	25. 9.	Vag.	L. Parametr. infiltriert	17.10.		R. † 5. 1895	
148	238	A. J. a. S.	50	15	2	do.	8. 10.	Vag. ohn. l. Adn. u. r. Ovar.	do. Verwachsungen mit Darm und Netz	24.10.		R. 4. 1895	
149	266	B. G. a. A.	49	3	—	do.	29. 10.	Vag. ohn. l. Adn.	Links Hydrosalpinx	18.11.		Gesund n. eig. Bericht. 3. 1900	Vor 21 Jahren wegen l. Ovarialgeschwulst operiert.
150	264	C. U. a. H.	29	1	—	Carc. cerv. et port.	31. 10.	Vag. ohn. l. Adn.	Prolabiertes Netzstück abgetrennt	18.11.		R. 10. 1895	
151	284	M. N. a. C.	48	1	—	Carc. port.	22. 11.	Vag. ohn. l. Adn.	R. Param. infiltriert; Cervixriss verdächtig	7.12.		† wahrscheinlich an anderer Krankheit	
152	339	L. S. a. H.	24	3	—	Carc. cerv.	8. 1. 1895	Vag.	Vagina ergriffen	25. 1.		R. 8. 1895	
153	346	E. S. a. G.	43	6	1	do.	15. 1.	Vag.	Param. infiltriert	2. 2.		R. 9. 1895	
154	372	C. H. a. L.	47	1	5	Carc. cerv. et Parametr.	8. 2.	Vag. ohne Adn.		25. 2.		†	
155	394	L. B. a. M.	52	5	2	Carc. cerv.	23. 2.	Vag.		11. 3.		†	
156	398	T. S. a. L.	45	4	1	do.	1. 3.	Vag.	Douglas infiltriert	29. 3.		Gesund n. eig. Bericht. 3. 1900	
157	413	W. B. a. S.	53	11	1	do.	15. 3.	Vag. ohn. r. Adn.	L. Param. infiltriert. Nach der Operation parametr. Exsudat. Thrombophlebitis.	14. 4.		R. 6. 1895	
158	426	D. B. a. Z.	56	5	—	do.	24. 3.	Vag.	L. Param. infiltriert	12. 4.		R. 1895	
159	21	F. K. a. G.	62	7	—	do.	9. 4.	Vag. (Schuchardt)	Unrein: l. Vaginalgewölbe u. Param. infiltriert	2. 5.		R. 5. 1897	N. d. Operation blutige Stühle. Sublimat?
160	20	S. S. a. B.	69	1	2	do.	10. 4.	Vag.	L. Param. infiltr., Vesicovaginalfistel	2. 5.		† 2. 5. Pleuropneumonie: Med. Klinik	

Lfde. Nr.	Journal-Nr.	Name, Wohnort	Alter	Geburten	Aborte	Art des Karcinoms	Datum der Operation	Methode	Komplikationen	Entlassung	Tod	Spätere Nachrichten	Bemerkungen
161	19	M. W. a. S.	29	1	—	Carc. cerv.	11. 4.	Vag. ohne Adn.?	R. Param. infiltriert	30. 4.		R. † 8. 1896	
162		W.	52	?	?	Carc. port.	29. 4.	Vag.	Embol. pulm. sin.		7. 5.		
163		K. a. D.	?	?	?	do.	8. 5.	Vag.		29. 5.		R. † Herbst 1895	
164	61	A. S. a. M.	20	—	—	Carc. corporis	18. 5.	Vag.		5. 6.		Gesund (Polikl. Unters.) Trichter hoch 5. 1900	
165	99	F. G. a. G.	44	1	1	Carc. port.	22. 6.	Vag. ohne Adn.		13. 7.		Gesund. 3. 1900	
166		B. a. N.	?	?	?	Adenocarc. corporis	17. 7.	Vag.		9. 8.		Gesund (Geheimrat Fehling)	
167	140	L. L a. G.	32	—	—	Carc. port.	19. 7.	Porro und vag.	Gravid. (menses VII)	6. 8		Verschollen	
168	158	M. D. a. A.	53	6	1	Carc. cerv.	13. 8.	Vag. ohne Adn.		31. 8.		† R. 7. 1897	
169	172	P. K. a. F.	32	3	3	do.	15. 9.	Vag.		5.10.		Gesund n. eig. Ber. 4. 1900	
170	179	W. R. a. G.	53	1	—	Carc. port.	27. 9.	Vag. ohne Adn.		13.10.		†	
171	186	L. H. a. S.	53	7	7	Carc. cerv.	3. 10.	Vag.		20.10.		Gesund n. eig. Ber. 3. 1900	
172	192	B. H. a. G.	42	1	1	Carc. corp.	12. 10.	Vag.	Darmverwachsung muss genäht werden	27.10.		Verschollen	
173	212	F. G. a. A.	31	6	1	Carc. port.	28. 10.	Vag. ohne Adn.		13.11.		Gesund n. eig. Ber. 6. 1900	
174	228	M. K. a. G.	37	4	—	do.	8. 11.	Vag.		28.11.		Gesund n. ärztl. Ber. 4. 1900	

175	245	E. Z. a. S.	31	2	—	do.	21. 11.	Vag.		16.12.		Gesund n. eig. Ber. 4. 1900	
176	238	M. H. a. R.	50	2	1	Carc. corp.	21. 11.	Vag.		21.12.		Gesund n. eig. Ber. 4. 1900	
177	276	C. S. a. O.	49	—	—	Carc. cerv.	28. 12.	Vag. et Abd.		7. 2.		† 11. 1896	Steril in 7jähr. Ehe.
178	293	F. N. a. E.	51	3	—	Carc. port.	11. 1. 1896	Vag.	Vagina ergriffen; Decubitus	1. 2.		R. 1896	
179	304	F. P. a. B.	49	7	2	Carc. cerv.	22. 1.	Vag.	Fraglich, ob im Gesunden operiert	10. 2.		Gesund n. ärztl. Ber. 3. 1900	
180	307	R. S. a. H.	48	6	2	Carc. port.	25. 1.	Vag. ohne Adn.	Vaginalgewölbe ergriffen	15. 2.		R. 4. 1896 in der Scheide	
181	316	L. S. a. D.	40	9	—	Carc. cerv.	12. 2.	Vag.	Vesicovaginalfistel, schliesst sich von selbst; Vagina und Param. ergriffen	16. 5.		R. † 7. 1899	
182	321	K. W. a. L.	67	8	—	do.	13. 2.	Vag. ohne Adn.	Vagina ergriffen	7. 3.		†	
183	331	W. S. a. A.	59	14	—	do.	20. 2.	Vag. ohn. l. Ovar.	Die Därme wurden b. d. Operat. sichtbar		28. 2.	Peritonitis septica	
184	334	F. M. a. R.	37	6	—	do.	24. 2.	Vag.		12. 3.		R. 5. 1896	
185	346	M. S. a. B.	38	6	—	Carc. port.	7. 3.	Vag.	Periphlebitis v. saph. parv. dextr.	25. 3.		R. 1898	
186	20	E. L. a. H.	27	7	—	do.	14. 4.	Vag.		12. 4.		R. 1. 1897	
187	23	I. W. a. S.	62	9	—	Carc. cerv.	15. 4.	Vag. ohne Ovar.				†	
188	21	K. P. a. D.	47	7	—	Carc. port.	16. 4.	Vag. ohne Adn.	Carc. vag., r. Ureter erkrankt, in die Blase genäht	4. 5.		R. 3 Mon. p. op.; 9. 7. Kolpokleisis	
189	29	E. R. a. H.	42	13	2	do.	17. 4.	Vag. ohn. l. Adn.	3 Klemmen weg. bedrohlicher Anaemie liegen gelassen; am 20. entfernt	6. 5.		R. 8. 1897	

Lfde. Nr.	Journal-Nr.	Name, Wohnort	Alter	Geburten	Aborte	Art des Karcinoms	Datum der Operation	Methode	Komplikationen	Entlassung	Tod	Spätere Nachrichten	Bemerkungen
190	44	L. T. a. B.	61	8	2	Carc. port.	8. 5.	Vag. ohne Adn.	Pararectales Gewebe infiltriert	26. 5.		R. 9. 1897	
191	60	C. S. a. D.	42	6	1	do.	26. 5.	Vag.		16. 6.		†	
192	74	C. B. a. E.	51	9	—	Carc. cerv.	4. 6.	Vag. ohne Adn.	R. Param. infiltriert; unrein	20. 6.		R. bei der Entlassung; † 3. 1898	
193	102	E. K. a. M.	43	4	2	Carc. port.	24. 6.	Vag.		31. 7.		R. † Ende 1896	
194		S. a. A.	39	3	1	do.	24. 6.	Vag.	Retroflexio uteri	6. 8.		Verschollen	
195	117	I. L. a. H.	37	3	—	do.	4. 7.	Vag.	R. Ovar. cystisch degeneriert, ferner Dermoid	22. 7.		Gesund (Polikl. Unters.) Trichter hoch 4. 1900	
196	133	C. R. a. A.	32	2	2	Carc. cerv.	23. 7.	Vag. ohn. r. Adn.	Tumor ovar. sin.: unrein	8. 8.		R. bei der Entlassung; † 2. 1897	
197		G. a. B.	38	2	—	do.	17. 8.	Vag.		2. 9.		Verschollen	
198	147	M. C. a. N.	44	5	7	do.	19. 8.	Vag.	Douglas entzündlich infiltriert; Muscularis von adenom. Massen durchwuchert	3. 9.		Gesund n. ärztl. Ber. 4. 1900	
199	151	A. M. a. S.	29	3	—	Carc. port. et cervic.	29. 8.	Vag.	Unrein; l. Param. ergriffen	12. 9.		R. 1897	
200	162	W. M. a. C.	52	5	—	Carc. cerv.	21. 9.	Vag.	Unrein; Param. infiltriert	1.10.		R. 5. 1898	
201	180	M. H. a. H.	36	13	—	Carc. port.	6. 10.	Vag.	Vaginalcyste	22.10.		Verschollen	

202	202	E. G. a. R.	42	10	2	Carc. cerv.	16. 10.	Vag.	R. Ureter dicht am Carc. Param. rechts entzündlich verdickt	31.10.		R. 2. 1898	Einmal Drillinge geboren.
203	195	R. G. a. W.	59	3	—	do.	20. 10.	Vag. ohne Ovar.	L. Param. infiltriert; unrein	10.11.		†	
204	196	A. S. a. H.	43	6	1	do.	29. 10.	Vag.	Param. infiltriert	14.11.		R. † 5. 1898	
205	220	M. H. a. H.	46	1	1	Carc. port.	7. 11.	Vag. ohn. r. Adn.	Vagina ergriffen	26.11.		† R. 9. 1899	
206	265	P. K. a. W.	56	7	—	do.	28. 12.	Vag.	Descensus vaginae	18. 1.		Gesund n. eig. Ber. 3. 1900	Zweimal Zwilling. gebor.
207	311	H. S. a. G.	40	7	—	Carc. cerv.	29. 1. 1897	Abd. et vag.	Mit Bauchdeckenfistel entlassen	18. 3.		Gesund (Polikl. Unters.) 3. 1900	Gravida (menses IX).
208	309	L. K. a. L.	56	8	2	do.	30. 1.	Vag. ohn. r. Adn.	Beim Abbinden d. Param. Eiter aus d. äuss. Muttermund geflossen		5. 2.	Peritonitis	
209	335	W. W. a. Z.	40	9	—	do.	23. 2.	Vag.	L. Param. infiltriert	12. 3.		† R. 5. 1898	
210	331	L. H. a. H.	60	10	—	Adenom. mal. corp.	24. 2.	Vag.	Uterus b. d. Operat. eingerissen und Eiter ausgeflossen	12. 3.		Ende 1897 wahrscheinlich an Metastasen †	
211	342	I. S. a. W.	40	4	—	Carc. cerv.	27. 2.	Vag.	L. Param. infiltriert	19. 3.		Gesund n. eig. Ber. 3. 1900	
212	351	M. S. a. E.	41	5	2	do.	6. 3.	Vag.	Param infiltriert; Darm vorgefallen; r. Ureter aus d. Carc. präpariert und in d. Blase implantiert		12. 3.	Peritonitis	
213	374	T. H. a. D.	48	6	—	do.	29. 3.	Vag.	Hydrosalpinx dupl.	15. 4.		Verschollen	Mutter † Carc. ventric.
214	55	M. B. a. H.	53	2	—	do.	18. 5.	Vag.	R. Param. infiltriert; unrein	5. 6.		R. 1898	

Lfde. Nr.	Journal-Nr.	Name, Wohnort	Alter	Geburten	Aborte	Art des Karcinoms	Datum der Operation	Methode	Komplikationen	Entlassung	Tod	Spätere Nachrichten	Bemerkungen
215	69	W. S. a. Z.	40	2	—	Carc. cerv.	2. 6.	Vag.	p. op. Blasenscheidenfistel; Cystitis	8. 7.		Gesund bis auf die Fistel (Polikl. Unters.) 3. 1900, Trichter hoch	
216	85	W. S. a. T.	30	9	—	Carc. port.	8. 6.	Vag.	Wochenbett; p. op. Cystitis; Douglas infiltriert	14. 7.		Gesund (Polikl. Unters.) 3. 1900, Trichter hoch	
217	88	P. N. a. H.	56	7	—	do.	29. 10.	Vag. ohne Adn.		2. 7.		10. 1897 R. in der Narbe und im Parametr.	
218	130	A. T. a. W.	47	3	2	do.	13. 7.	Vag.		28. 7.		Gesund n. ärztl. Ber. 6. 1900	Mutter † Carc. uteri.
219	161	M. B. a. W.	34	4	—	do.	5. 8.	Klemmen 5	R. Param. infiltriert; Beckentamponade	24. 9.		† 11. 1897	Bei d Op. im r. Douglas und am Darm Knötchen fühlbar.
220	174	K. K. a. T.	30	4	—	do.	25. 8.	Vag.		11. 9.		†	
221	179	L. S. a. A.	53	3	7	Carc. cerv.	2. 9.	Vag. (Schuchardt)	L. Ureter v. Carc. umgeben; p. op. Ureterenfistel; Cystitis	30. 9.		R. 9; 2. 9. der chir. Klinik wegen Pyelonephritis überwiesen. Uraemie?	
222		F. a. L.	34	2	—	Carc. port.	4. 9.	Vag.		3.10.		1. 1898 R. verdächtig	
223	182	F. G. a. H.	27	1	1	do.	9. 9.	Vag.	Vagina ergriffen	25. 9.		R. 1. 1898	

224	187	M. K. a. H.	31	6	—	do.	14. 9.	Vag.	Stümpfe bei der Entlassung infiltriert	29. 9.		2. 1899 gesund	
225	196	F. T. a. T.	52	1	1	do.	30. 9.	Vag. ohne Adn.		25.10.		Gesund (Polikl. Unters.) 3. 1900, Trichter hoch	Mutter † Carc. ventric.
226	225	E. S. a. H.	43	4	1	do.	22. 10.	Vag.	Fieber p. op.	8.11.		Gesund (Polikl. Unters.) 3. 1900	Trichter senkt sich; zahlreiche Narben in der Scheide.
227	234	A. H. a. H.	36	6	—	Carc. cerv.	30. 10.	Klemmen 5 ohne r. Adn.	Param. dextr. infiltr.; unrein; Emphysem d. Bauchwand; Fieber; Bauch- und Vaginaltamponade		15.11.	Peritonitis: Eiter in der Bauchhöhle	Eine carc. Lymphdrüse im r. Param; dahinter ein subseröser Abscess.
228	247	E. E. a. H.	42	11	1	Carc. port.	10. 11.	Vag.	Laesio vesicae; Naht; Bauchhöhlentamp.; Fieber; unrein		22.12.	Pyaemie	
229	256	F. K. a. Q.	38	6	—	do.	16. 11.	Vag.	Parametritis chron. ante op.	4.12.		† 5. 1898	
230		F. a. H.	58	—	—	Carc. corpor.	17. 11.	Vag.	Pyosalp. sin.	13.12.		1899 nach Bericht des Arztes gut	
231	268	B. O. a. G.	37	5	—	Carc. port.	29. 11.	Vag.	Unrein; r. Param. infiltriert	21.12.		† 11. 1898	
232	286	L. M. a. L.	37	8	1	Carc. cerv.	11. 12.	Klemmen 5	Unrein; Bauchhöhlentamp.; Fieber		19.12.	Peritonitis (Sektion verweigert)	NB. im carc. Gewebe unterbunden.
233	295	A. S. a. D.	53	5	2	do.	17. 12.	Vag. ohne Adn.		2. 1.		Verschollen	
234	307	O. S. a. H.	41	5	—	Carc. port.	30. 12.	Vag.	Vagina ergriffen; Rectocele	15. 1.		R. 7. 1898	Mutter † Unterleibskrebs.
235	300	A. L. a. H.	59	1	2	do.	31. 12.	Vag.	Vagina ergriffen; Prolaps. ut. c. invers. vag.		29. 1.	Nach dem Aufstehen Embol. beider Pulsmonalarterien	

Lfde. Nr.	Journal-Nr.	Name, Wohnort	Alter	Geburten	Aborte	Art des Karcinoms	Datum der Operation	Methode	Komplikationen	Entlassung	Tod	Spätere Nachrichten	Bemerkungen
236	335	M. G. a. Q.	28	3	—	Carc. port.	25. 1. 1898	Vag.		9. 2.		† 9. 1898	
237	350	L. D. a. R.	38	5	1	Carc. cerv.	3. 1.	Vag.	Doppels. tuboovar. Tumor; Perioophor. adhaes; p. op. Cystitis; Fieber	22. 2.		† 2. 1900; R. in Narbe und Blase	
238	391	A. K. a. G.	38	6	—	Carc. port.	4. 3.	Vag.	Fieber	18. 3.		Gesund (Polikl. Unters.) 3. 1900	Links Hernia inguin.
239	410	A. M. a. G.	52	15	1	Carc. cerv.	24. 3.	Vag.		6. 4.		Gesund (Polikl. Unters.) 4. 1900, Trichter hoch	
240	412	B. H. a. W.	42	12	6	do.	25. 3.	Vag.		8. 4.		† 2. 1900, Magenkrebs	
241	422	L. H. a. L.	40	4	—	do.	30. 3.	Vag.	Param. sin. infiltriert: beim Hervorheben des Uterus platzt eine Ovarialcyste; Fieber		10. 4.	Sepsis	
242	420	H. R. a. G.	50	6	—	do.	30. 3.	Vag.			6. 4.	Parametritis permagna	
243	24	P. K. a. H.	48	7	—	Carc. port.	7. 4.	Vag.		23. 4.		8. 1898 R.	
244	33	K. P. a. I.	45	—	—	Adenocarc. corp.	28. 4.	Vag. ohne Adn.	Bei d. Operat. Cervix eingerissen	2. 5.		Gesund n. ärztl. Ber. 4. 1900	
245	43	A. H. a. H.	53	6	—	Carc. corp.	23. 4.	Vag.	Spaltung des Uterus während d. Operation	8. 5.		Gesund (Polikl. Unters.) 3. 1900; Trichter hoch	Vor der Operat. Myom diagnosticiert.

246	51	M. S. a. U.	43	8	—	Carc. port.	26. 4.	Vag.ohn. r.Adn.		11. 5.		Gesund; (Polikl. Unters.) 3. 1900. Trichter tief; Descensus vag. praecipue p. poster.	
247	60	K. D. a. K.	30	1	—	do.	9. 5.	Vag.	Param. infiltriert; unrein	23. 5.		R. bei d. Entlassung	
248	102	H. H. a. P.	49	8	—	Carc. cerv.	6. 6.	Vag.		21. 6.		†	
249	104	M. B. a. B.	33	10	—	Carc. port.	9. 6.	Klemmen	Wochenbett	25. 6.		Bei der Entlassung R. verdächtig; †	Mutter † Carc. ventric.
250	139	T. M. a. B.	42	11	—	do.	4. 7.	Vag.	Bei der Operation bleibt links im Param. infiltriertes Gewebe zurück	22. 7.		†	
251	146	M. W. a. K.	61	2	1	Carc. corp.	7. 7.	Vag.		20. 7.		† R. 3. 1900	
252	152	W. K. a. I.	62	5	—	Carc. port.	11. 7.	Vag. ohne Adn.		31. 7.		R. 4. 1900	
253	171	C. H. a. H.	52	6	—	Carc. cerv.	23. 7.	Vag.ohn. r.Adn.		6. 8.		Gesund n. eig. Ber. 3. 1900	
254	174	M. H. a. W.	47	4	5	do.	28. 7.	Vag.		10. 8.		Verschollen	
255	208	K. E. a. G.	41	12	2	do.	15. 8.	Vag.		30. 8.		R. 4. 1900	
256		A. A. a. H.	42	6	2	Carc. port.	20. 8.	Vag.			28. 8.	Dilatatio ventric. acuta mit Erscheinungen zunehmender Herzschwäche	
257	217	H. R. a. H.	34	6	—	do.	22. 8.	Vag.		7. 9.		Verschollen	
258	232	C. D. a. L.	58	6	—	Carc. cerv.	7. 9.	Vag.ohn. r.Adn.	Bauchhöhlentamp. aussichtslos	25. 9.		† 2. 1899	
259	253	A. S. a. S.	46	7	—	do.	26. 9.	Vag.		12.10.		R. † 12. 1899	

Lfde. Nr.	Journal-Nr.	Name, Wohnort	Alter	Geburten	Aborte	Art des Karcinoms	Datum der Operation	Methode	Komplikationen	Entfernung	Tod	Spätere Nachrichten	Bemerkungen
260	261	A. B. a. B.	46	13	4	Carc. port.	30. 9.	Vag.	Param. sin. infiltriert	17.10.		Gesund n. eig. Ber. 4. 1900	
261	264	E. L. a. W.	37	5	1	do.	19. 10.	Vag.		19.10.		† 8. 1899; R. wahrscheinlich: sehr starke Blutungen	
262	268	F. R. a. H.	46	12	3	Carc. cerv.	7. 10.	Klemmen ohne Adn.	Unrein	22.10.		† R. 8. 1899	Mutter †Uteruskrebs. Schwester weg. „Gewächs des Uterus“ operiert.
263	290	D. S. a. P.	43	8	1	Carc. port.	25. 10.	Vag.		17.11.		Gesund n. eig. Ber. 4. 1900	
264	317	R. I. a. S.	39	7	—	do.	7. 11.	Vag.		20.11.		Ges. n. eig. Bericht 4. 1900	
265	334	G. B. a. H.	28	4	—	do.	21. 11.	Vag.		4.12.		† 1898 R.	
266		R. a. H.	47			do.	9. 12.	Vag.	Endometritis hyperplastica	24.12.		Befinden gut (Geh.-Rat Fehling)	
267	360	I. K. a. H.	36	9	4	do.	12. 12.	Vag.		26.12.		Verschollen	
268	343	E. R. a. S.	46	7	1	do.	13. 12.	Vag. ohn. l. Adn.		21. 1.		Gesund (Polikl. Unters.) Trichter hoch 4. 1900	
269		M. a. H.	41	5	—	Carc. cerv.	6. 1. 1899	Vag.		22. 1.		2. 1900 gesund (Geheimrat Fehling)	

270	422	I. G. a. A.	60	3	—	do.	4. 2.	Vag. ohne r. Ovar.		20. 2.	Wahrscheinlich R. n. Bericht d. Arztes	
271	428	L. W. a. W.	39	3	—	Carc. port.	10. 2.	Vag.		25. 2.	Gesund n. ärztl. Ber. 3. 1900	
272	429	T. H. a. G.	26	—	1	do.	11. 2.	Vag.	Links unrein	5. 3.	R. und Metastasen; † Ende 1899	
273	437	C. S. a. T.	55	12	—	Carc. cerv.	15. 2.	Vag.	L. Param. infiltriert; unrein	3. 3.	3. 1900 R. nach ärztlichem Bericht	Einmal Zwillinge.
274	488	F. D. a. W.	43	6	1	do.	17. 3.	Vag.		7. 4.	R.	
275	496	P. S. a. W.	46	14	1	do.	27. 3.	Vag.		13. 4.		
276		F. J. a. A.	51	—	—	Carc. corp.	1. 5.	Vag.		31. 5.	Gesund 3. 1900 (Geheimrat Fehling)	Ledig.
277	69	J. Z. a. H.	38	—	—	Carc. cerv.	13. 5.	Vag.	Gravida (Menses II)	3. 6.	Gesund (Polikl. Unters.) Trichter hoch 3. 1900	
278	84	T. S. a. W.	38	6	—	do.	30. 5.	Vag.		14. 6.	R. 4. 1900	
279	85	L. W. a. H.	58	12	—	do.	31. 5.	Vag.	Param. u. Blase karzinomatös infiltriert; Blasenriss und Naht	28. 6.	R. 1. 1900	Palliativoperat.
280	92	T. N. a. S.	57	8	—	do.	2. 6.	Vag. ohn. l. Adn.		17. 6.	Gesund; Trichter hoch (Polikl. Unters.) 3. 1900	
281	113	H. B. a. N.	44	4	—	Carc. port.	12. 6.	Klemmen 4; Medianspalt. des Uterus	Schwierig weg. Verwachsung u. Blutung	27. 6.	Gesund (Polikl. Unters.) 4. 1900	
282	106	F. V. a. R.	45	10	—	do.	15. 6.	Vag. ohn. l. Adn.		5. 6.	Gesund n. ärztl. Bericht 3. 1900	
283	166	C. S. a. N.	54	12	3	do.	22. 7.	Vag. ohne Ovar.		7. 8.	Gesund n. Bericht 4. 1900	

Lfde. Nr.	Journal-Nr.	Name, Wohnort	Alter	Geburten	Aborte	Art des Karcinoms	Datum der Operation	Methode	Komplikationen	Entlassung	Tod	Spätere Nachrichten	Bemerkungen
284		v. D. a. H.	48	2	—	Carc. Endometr.	24. 7.	Vag. u. Abdom.	Blasenverletzung		13. 8.	Sektion verweigert. Nephritis? Pyelonephritis	
285	185	E. K. a. E.	38	6	—	Carc. port.	1. 8.	Vag.		15. 8.		Gesund n. eig. Bericht 3. 1900	
286	188	D. S. a. S.	50	7	—	do.	2. 8.	Vag.		16. 8.		Verdächtig auf R. n. ärztl. Ber. 3. 1900	
287	196	E. B. a. H.	34	—	—	do.	7. 8.	Vag.		24. 8.		R. 9. 1899	8 Jahre verheiratet.
288	216	A. A. a. H.	44	5	1	Carc. cerv.	18. 8.	Vag.	L. Adn. verwachsen	31. 8.		R. 12. 1899	
289	233	W. K. a. B.	51	4	—	Carc. port.	2. 9.	Vag.		19. 9.			
290	240	L. M. a. H.	48	6	—	Carc. cerv.	7. 9.	Vag. Klemmen	Klemmen wegen Blutung zurückgelassen; Ligatur unmöglich	1.10.		Schmerzen in der rechten Seite n. eig. Bericht 4. 1900 R.	
291	245	B. D. a. R.	32	8	1	Carc. port.	11. 9.	Vag.		1. 11.		R. 1. 1900	
292	250	E. M. a. B.	35	10	2	do.	16. 9.	Vag.		1.10.		Trichter hoch; gesund (Polikl. Unters.) 5. 1900	
293	263	M. B. a. G.	31	4	—	do.	27. 9.	Vag.		12.10.		Gesund (Polikl. Unters.) 3. 1900	
294	264	E. W. a. W.	43	4	—	Carc. cerv.	3.10.	Vag.	Korpus ergriffen	18.10.		Gesund (Polikl. Unters.); Trichter hoch 3. 1900	

295	278	L. B. a. M.	45	8	—	Carc. port.	9. 10.	Vag.			21.10.	Pseudoileus; Verklebung zweier Dünndarmschlingen unter sich und mit d. Wunde	Metastasen in d. l. Iliakaldrüsen.
296	279	W. E. a. R.	53	13	—	Carc. cerv.	12. 10.	Vag.		27.10.		Gesund n. eig. Bericht 3. 1900	
297	283	E. R. a. A.	49	9	2	Carc. port.	13. 10.	Vag.		29.10.		Gesund (Polikl. Unters.) 4. 1900	
298	335	F. A. a. C.	32	5	—	do.	20. 11.	Vag.	Leichte Operation	2. 12.		R.	
299	362	L. M. a. M.	38	8	—	Carc. cerv.	4. 12.	Vag. 6 Klemmen	Starke Blutung; p. op. grosse Blasenscheidenfistel; Fieber; Cystitis		12.12.	Phlegmone pelvina subserosa	
300	422	G. a. N.	45	—	—	Carc. port.	22. 1. 1900	Vag.	Kystoma ovar. dextr.	22. 1.			13 Jahre steril verheiratet.
301	441	M. S. a. A.	39	4	—	do.	30. 1.	Vag.		15. 2.			
302	451	S. B. a.	47	9	1	Carc. cerv.	9. 2.	Vag.		24. 2.			
303	459	L. P. a. H.	29	8	—	Carc. port.	13. 2.	Vag.		28. 2.		Gesund n. ärztl. Bericht 3. 1900	

Lebenslauf.

Ich, Johannes Wilhelm Werner Reipen, Sohn des Sanitätsrats Dr. J. Reipen in Kalk bei Köln, katholischer Konfession, bin geboren am 14. August 1876. Ich besuchte die Elementarschule in Kalk, später das Gymnasium in Köln, Rheinbach und Münstereifel und erlangte am 6. März 1896 das Zeugnis der Reife. Die beiden ersten Semester studierte ich in Bonn, wo ich zugleich — vom 1. April bis zum 1. Oktober 1896 — im Infanterieregiment von Goeben (2. Rheinisches) No. 28 ein halbes Jahr mit der Waffe diente. Die beiden folgenden Semester studierte ich in Halle und bestand hier am 7. März 1898 das Tentamen physicum. Nachdem ich S.S. 1898 und W.S. 1898/99 in Heidelberg zugebracht hatte, wo ich im Winter in der Klinik von Herrn Professor Czerny Famulus war, kehrte ich wieder nach Halle zurück und beendigte hier meine akademischen Studien. Am 20. Februar 1901 erhielt ich meine vorläufige Approbation und am 26. ds. bestand ich das Rigorosum.

Allen meinen Lehrern, deren Unterricht ich während meines akademischen Studiums genoss, sage ich auch an dieser Stelle nochmals meinen ehrerbietigen Dank.

Druck von C. Grumbach in Leipzig.